



# **Uppfattningen av säkerhetskultur på intensivvårdsavdelningen**

Robin Skog

Examensarbete

Sjukskötare

2020

|  |  |
|--|--|
| EXAMENSARBETE  |  |
| Arcada   |  |
|  |  |
| Utbildningsprogram:  | Sjukskötare  |
|  |  |
| Identifikationsnummer:   | 7737   |
| Författare:  | Robin Skog   |
| Arbetets namn:   | Uppfattningen av säkerhetskultur på intensivvårdsavdelningen                       |
| Handledare (Arcada):   | Petra Ekman  |
|  |  |
| Uppdragsgivare:  | Yrkeshögskolan Arcada  |
|  |  |
| <p>Sammandrag:</p> <p>Säkerhetskulturen är ett allt mera aktuellt område inom hälso- och sjukvården. Intensivvårdsmiljön är utmanade vilket medför ytterligare krav på patientsäkerheten. Studien använde sig av patientsäkerhet som teoretisk referensram. Syftet med studien var att undersöka hur sjukskötare på intensivvårdsavdelningar uppfattar säkerhetskultur. Detta utfördes i form av en litteraturöversikt som omfattade tio artiklar som påträffades via databaserna Academic Search Elite, CINAHL, Medline och PubMed under tidsperioden 21.4.2020-26.4.2020. Studien är en litteraturöversikt som granskat vetenskapliga artiklar och rapporter som berört uppfattningen av säkerhetskultur bland sjukskötare på intensivvårdsavdelningar eller -enheter med en kvalitativ ansats. Analysen gjordes som en induktiv innehållsanalys. Under analysen utformades sex kategorier: Teamarbete och skillnader mellan professioner, ledning och arbetstillfredsställelse, kompetens, hot och hinder, allmänt uppfattad säkerhetskultur och säkerhetskulturförande rekommendationer. Ett centralt tema, den uppfattade säkerhetskulturens beståndsdelar, formulerades för att beskriva helheten. Resultatet visade på att skillnader i uppfattningen mellan professioner var tydlig, särskilt då det kom till uppfattningen av teamarbete där sjukskötare tenderade skatta detta lägre än andra professioner. Arbetstillfredsställelse och missnöje med ledningen korrelerade inte. Utbildningsinsatser visade sig ha en positiv effekt på patientsäkerheten. Hot och hinder som bemanning, ovilja eller rädsla att rapportera lyftes även fram som förbättringsområden. Sammanfattningsvis ansågs sjukskötare i allmänhet uppfatta säkerhetskulturen som medelhög, även om variationer existerade mellan enheter.</p> |  |
| Nyckelord:   | Säkerhetskultur, Intensivvårdsavdelning, Sjukskötare, Patientsäkerhet, Uppfattning |
| Sidantal:  | 38   |
| Språk:   | Svenska  |
| Datum för godkännande:   | 25.5.2020  |

|   |  |
|---|--|
| DEGREE THESIS   |  |
| Arcada  |  |
|   |  |
| Degree Programme:   | Nursing  |
|   |  |
| Identification number:  | 7737   |
| Author:   | Robin Skog   |
| Title:  | Perception of safety culture in the intensive care unit                |
| Supervisor (Arcada):  | Petra Ekman  |
|   |  |
| Commissioned by:  | Arcada university of applied sciences                                  |
|   |  |
| <p><b>Abstract:</b></p> <p>Safety culture is an increasingly frequent topic in healthcare. The intensive care environment is challenging which adds further requirements on patient safety. The study used Patient safety as a theoretical frame of reference. The purpose of the study is research how nurses working in intensive care units perceive safety culture. This was realized by performing a literature review of ten articles which were encountered through the databases Academic Search Elite, CINAHL, Medline and PubMed during the period 21.4.2020-26.4.2020. The study is a literature review which reviewed scientific articles and reports regarding the perception of safety culture amongst nurses working at intensive care units in a qualitative onset. The analysis was done as an inductive content analysis. During the analysis, six categories were created: Teamwork and differences between professions, management and work satisfaction, competence, threats and obstacles, widely perceived safety culture and safety-enhancing recommendations. A central theme, the constituents of perceived safety culture, was created in order to describe the big picture. The results showed that differences in the perceived of safety culture were clear, especially regarding the perception of teamwork, where nurses tended to score this category lower than other professions. Work satisfaction and discontent with management did not correlate. Educational efforts turned out to have positive outcomes on patient safety. Threats and obstacles, such as unwillingness or fear to report were lifted as areas of improvement. In summary, nurses rated the perception of safety culture at a medium level, even though there were differences between units.</p> |  |
| Keywords:   | Safety culture, intensive care unit, nurse, patient safety, perception |
| Number of pages:  | 38   |
| Language:   | Swedish  |
| Date of acceptance:   | 25.5.2020  |

# INNEHÅLL

|           |  |           |
|-----------|--|-----------|
| <b>1</b>  | <b>Inledning.....</b>                                  | <b>6</b>  |
| <b>2</b>  | <b>Bakgrund och tidigare forskning.....</b>            | <b>6</b>  |
| 2.1       | Säkerhetskultur.....                                   | 7         |
| 2.2       | Intensivvård .....                                     | 8         |
| 2.3       | Intensivvårdsmiljön .....                              | 8         |
| 2.4       | Att mäta säkerhetskultur .....                         | 9         |
| 2.4.1     | <i>The Safety Attitudes Questionnaire.....</i>         | <i>9</i>  |
| 2.4.2     | <i>Hospital Survey on Patient Safety Culture .....</i> | <i>10</i> |
| 2.5       | Tidigare forskning .....                               | 10        |
| <b>3</b>  | <b>Syfte och frågeställning .....</b>                  | <b>11</b> |
| <b>4</b>  | <b>Teoretisk referensram .....</b>                     | <b>12</b> |
| <b>5</b>  | <b>Metod och material .....</b>                        | <b>13</b> |
| 5.1       | Datainsamling.....                                     | 13        |
| 5.2       | Dataanalys.....  | 14        |
| <b>6</b>  | <b>Litteraturöversikt .....</b>                        | <b>15</b> |
| <b>7</b>  | <b>Etiska överväganden .....</b>                       | <b>21</b> |
| <b>8</b>  | <b>Resultat .....</b>                                  | <b>21</b> |
| <b>9</b>  | <b>Kritisk granskning .....</b>                        | <b>23</b> |
| <b>10</b> | <b>Diskussion.....</b>                                 | <b>25</b> |
|           | <b>Källor .....</b>                                    | <b>28</b> |
|           | <b>Bilagor .....</b>                                   | <b>31</b> |

## **Figurer / Figures**

|  |           |
|--|-----------|
| <i>Figur 1. Inklusions- och exklusionskriterier.....</i> | <i>14</i> |
|--|-----------|

# 1 INLEDNING

Säkerhetskultur är ett allt oftare aktuellt begrepp inom hälso- och sjukvården och berör således verksamheten i stort inom branschen. Det fungerar även som ett genomsyrande tema i sjukskötarutbildningen. Arbetslivsrelevansen är således hög i en hälso- och sjukvård som ständigt strävar mot en förbättrad patientsäkerhet.

Ett säkert patientarbete är av största vikt inom alla delar av sjukvården. Säkerhetskultur och patientsäkerhet kan delas upp i många teman och kategorier. Jag har valt att avgränsa denna studie till säkerhetskultur inom intensivvård. Detta för att få en relevant avgränsning av temat. Valet av intensivvård som fokusområde gjordes då området intresserar mig.

Social- och hälsovårdsministeriet omnämner i sin patient- och klientsäkerhetsstrategi säkerhetskulturen som ett centralt område i arbetet mot en mera säker hälso- och sjukvård. Genom att stärka säkerhetskulturen minskar man risker i verksamheten och de skador som orsakas av den. (SHM 2017)

Studien är en del av projektet Säkerhetskultur på Arcada vars mål är att granska och främja säkerhetskulturen på olika vårdenheter och inom öppenvården.

Förhoppningen är att kunna påvisa generella likheter och olikheter inom området och närmare förstå begreppet säkerhetskultur och uppfattningen av detta.

# 2 BAKGRUND OCH TIDIGARE FORSKNING

I detta kapitel kommer begrepp som säkerhetskultur och intensivvård närmare definieras. Intensivvårdsmiljöns särskilda kännetecken, metoder att mäta säkerhetskultur och tidigare forskning inom området kommer också redovisas.

## 2.1 Säkerhetskultur

Säkerhetskultur och säkerhetsklimat som begrepp grundades i nära anslutning till de mer generella begreppen organisationskultur och organisationsklimat. Organisationskultur växte fram under 1970-talet till följd av det ökade intresset och insikten att organisationsteorin borde beakta psykologiska och sociala dimensioner i en större utsträckning. Syftet med detta var att åstadkomma bättre effektivitet och kvalitet. Det blir allt vanligare att inom organisationer hänvisa till kulturbegreppet i försök att förklara oönskade tillstånd i arbetet med att förbättra verksamheten. En problematisering av begreppet är att det egentligen består av två skilda begrepp – säkerhet och kultur. Dessa begrepp kan tolkas på många sätt var för sig, vilket kan leda till förvirring i diskussionen då man kombinerar dem. Säkerhetskultur som begrepp lämnar därför utrymme för tolkning då det kommer till definition. (Rollenhagen 2013)

Uppkomsten av begreppet säkerhetskultur kan hänvisas till de omständigheter som föranledde kärnkraftsreaktorolyckan i Tjernobyl 1986. I utredningsarbetet som efterföljde olyckan ansågs att fokus på endast teknik och beteende inte gav en tillräckligt god förklaring till händelsen. Det saknades ett begrepp som förklarade ett större socialt sammanhang. (Rollenhagen 2013) I den rapport som internationella atomenergiorganet (IAEA 1991) publicerade efter olyckan definieras säkerhetskultur som en sammansättning egenskaper och attityder inom organisationer och hos individer vars överordnade prioritet är att uppmärksamma säkerhetsfrågor enligt angelägenhet.

Myndigheten Socialstyrelsen i Sverige beskriver säkerhetskultur som individuella förhållningssätt, attityder till varandra och gemensam uppmärksamhet kring risker i hälso- och sjukvården. Organisationskultur lyfts upp som en faktor som utgörs av uppfattningar och värderingar som delas av människorna i organisationen. (Socialstyrelsen 2017)

## 2.2 Intensivvård

Intensivvård är en multidisciplinär och interprofessionell specialitet inom sjukvården vars uppgift är att behandla patienter som har eller riskerar utveckla livshotande organsdysfunktion (Marshall et al. 2017). Detta avser övervakning, diagnostik, behandling och omvårdnad av patienter med svåra och ofta livshotande sjukdomar eller skador. Vården bedrivs i enlighet med vetenskap, beprövad erfarenhet och riktlinjer där etiska och medicinska aspekter är centrala för beslutsfattandet. Behandlingsstrategier ska kunna omvärderas snabbt oavsett tid på dygnet för att optimera patientens sjukdomstillstånd. Intensivvården som specialitet ställer höga krav på kompetens inom fysiologi, patofysiologi, farmakologi och immunologi och tillämpningen av dessa. I kombination med detta krävs också uppdaterade kunskaper inom akutsjukvård i avseendena klinisk bedömning, behandling, och organisation. Ett väl utvecklat etiskt förhållningssätt och en god samarbetsförmåga är av stor vikt. (SFAI 2015)

## 2.3 Intensivvårdsmiljön

Trots att avancerad vård erbjuds i allt större utsträckning utanför intensivvårdsavdelningens väggar finns det faktorer som särskiljer intensivvårdsmiljön från den rutinmässiga vårdmiljön. De fysiska utrymmena där verksamheten bedrivs skiljer sig ofta från övriga vårdavdelningars utrymmen. Till exempel tar det här sig form genom placeringen av patientsängen i rummet så att personalen ges möjlighet att komma åt patienten från sängens alla sidor för att tillgodose patientens vård. Förmågan att kunna monitorera patientens fysiologiska funktioner såväl invasivt som noninvasivt möjliggörs genom speciell utrustning och teknik. Möjligheten att ge patienten respiratoriskt och hemodynamiskt stöd finns alltid i någon mån, dock i varierande utsträckning beroende på intensivvårdsavdelning. Även bemanningsmässigt skiljer sig intensivvårdsavdelningen från den övriga vården. Arbetet omfattar många medicinska discipliner och professioner vilket möjliggör snabba beslutsgångar och interventioner. Ofta är också antalet sjukskötare per patient statistiskt sett högre på intensivvårdsavdelningen. Personalen är tillgänglig



för patienterna kontinuerligt för att kunna behandla och hantera plötsliga förändringar i patientens tillstånd. Slutligen varierar intensivvårdsavdelningens roll, funktion och kapacitet beroende på större omständigheter så som sjukhus, region eller land. (Marshall et al. 2017)

I en studie som undersökte arbetsmiljön på en intensivvårdsavdelning kom man fram till att miljön medför en del utmaningar för personalen. Ofta är arbetsmiljön förknippad med en del fysiska stressfaktorer så som ljud, ljus, olämpligt placerad utrustning och trängsel. Nästan all medicinsk utrustning är försedd med alarm i form av ljud eller ljus. En stor del av larmen saknar klinisk signifikans eller är falskt positiva vilket påverkar både sjukskötarens arbetsmiljö och reaktion till larmen negativt. Den fysiska miljön påfrestar ytterligare i form av olämpligt placerad utrustning som tvingar personalen att böja sig, sträcka sig eller använda hjälpmedel för att komma åt saker. Ljussättningen på avdelningen är ibland onaturligt ljus eller mörk på grund av undersökningar eller patientens tillstånd. Det har också konstaterats att verksamhetsutrymmena ibland är bristfälliga ur infektionsperspektiv och rent fysiskt i fråga om utrymme. Det senare är ett problem som framför allt är aktuellt på grund av föråldrade verksamhetsutrymmen i kombination med en ökande mängd modern teknik och utrustning. (Alameddine et al. 2009)

## **2.4 Att mäta säkerhetskultur**

För att överhuvudtaget göra det möjligt att mäta säkerhetskulturen i olika verksamheter har olika instrument för detta tagits fram. Syftet med dessa är att försöka konkretisera säkerhetskulturen som annars kan uppfattas som rätt abstrakt. (The Health Foundation 2011)

### **2.4.1 The Safety Attitudes Questionnaire**

Ett instrument som tagits fram för ändamålet att mäta säkerhetskultur inom hälso- och sjukvården är Safety Attitudes Questionnaire (SAQ). Mätinstrumentet är en vidareutveckling av Intensive Care Unit Management Attitudes Questionnaire (ICUMAQ) som i

sin tur är en vidareutveckling på Flight Management Attitudes Questionnaire (FMAQ) som skapats för flygindustrin. FMAQ skapades efter att man funnit att de flesta flygolyckor orsakades av brister i den mänskliga interaktionen. SAQ utförs i form av en enkät som besvaras av personalen vid den verksamhetspunkt man undersöker. För att kunna tyda enkätresultaten har övergripande kategorier för resultaten skapats. Svaren i enkäten ges på en Likert-skala 1-5 (1= stämmer mycket dåligt och 5= stämmer mycket bra). Kategorierna i enkäten är följande: Teamsamarbete, Säkerhetsklimat, Arbetstillfredsställelse, Medvetande om stress, Arbetsförhållanden och Uppfattning om ledningen. (Sexton et al. 2006)

#### **2.4.2 Hospital Survey on Patient Safety Culture**

Enkäten Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC) utvecklades åt The Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). Enkätens syfte är att mäta uppfattningen av patientsäkerhetskulturen på verksamhetspunkten. (Sorra & Nieva 2004)

Enkäten består av 42 frågor som organiseras enligt kategori. Svaren i enkäten ges på en Likert-skala 1-5 (1= stämmer mycket dåligt och 5= stämmer mycket bra). Svaren delas upp i 12 kategorier, dessa kategorier är följande: Närmaste chefs agerande kring patientsäkerhet, Lärande organisation, Högsta ledningens stöd till patientsäkerhetsarbete, Sammantagen säkerhetsmedvetenhet, Återföring och kommunikation kring avvikelser, Öppenhet i kommunikationen, Benägenhet att rapportera händelser, Samarbete mellan vårdenheter, Samarbete inom vårdenheten, Bemanning, Överlämningar och överföringar av patienter och information, Icke-straff och skuldbeläggande kultur. (Westat et al. 2018)

### **2.5 Tidigare forskning**

I en svensk studie undersökte man hur personalsäkerhetsklimat och patientsäkerhetsklimat förhåller sig till varandra. Studien genomfördes både som enkät och intervjustudie. Aspekter som säkerhetsbeteende, psykosociala arbetsresurser, arbetsbelastning, ledarskap och teamarbete undersöktes. Slutsatsen av studien är att personalens

regelföljande säkerhetsbeteende var beroende av ett gott säkerhetsklimat och en hanterbar arbetsbelastning. Däremot kunde inte en korrelation mellan delaktigt säkerhetsbeteende och säkerhetsklimatet påvisas. Delaktigt beteende berodde istället på arbetsituationen med höga arbetskrav, tillgången till psykosociala arbetsresurser och en god sammanhållning i arbetsgruppen. Resultatet talade i allmänhet för att säker vård uppnås med goda strukturer och processer framom ensidiga satsningar på individen och formella säkerhetsrutiner som reglerar den individuella vårdarbetaren. (Törner et al. 2014)

I en studie som undersöker mätandet av säkerhetskultur inom sjukvården kommer fram till att kvantitativa metoder är de mest fördelaktiga då man mäter säkerhetskultur på olika enheter. (Nieva & Sorra 2003)

En studie utförd på flera intensivvårdsenheter inom samma sjukhus med syftet att undersöka om det fanns skillnader i säkerhetskulturen mellan dessa. I resultatet kom studien fram till att skillnader i säkerhetskulturen kunde påvisas trots att enheterna var inom samma organisation. (Huang et al. 2007)

### **3 SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNING**

Syftet med denna studie är att undersöka hur sjukskötare som arbetar på intensivvårdsavdelning i allmänhet uppfattar säkerhetskultur och om generella teman finns.

Frågeställning:

1. Hur uppfattar sjukskötare säkerhetskulturen på intensivvårdsavdelningen?

Studiens avsikt är att skapa en överblick över hur sjukskötare i allmänhet uppfattar säkerhetskultur. Studien är även ett försök att bidra till kunskapen om säkerhetskulturen bland sjukskötare i intensivvårdsmiljön.

## 4 TEORETISK REFERENS RAM

Den teoretiska referensram som valts för studien är Patientsäkerhet. Patientsäkerhet definieras av Världshälsoorganisationen WHO som avsaknaden av skada som kan förebyggas under vårdprocessen samt minskandet av risken för onödig skada i samband med vården till ett absolut minimum. Varje del i vårdprocessen innehåller ett visst mått av osäkerhet. Tydliga principer, ett organiserat ledarskap, underlag för att genomföra förbättringar av säkerheten, kompetent sjukvårdspersonal och aktivt deltagande av patienterna är faktorer som är nödvändiga för att garantera en hållbar utveckling av säkerheten inom hälso- och sjukvården. (WHO 2020)

Patientsäkerhet är en disciplin inom sjukvården som tillämpar säkerhetsvetenskapliga metoder för att uppnå målsättningen att skapa ett tillförlitligt system för sjukvårdsförsörjning. Patientsäkerhet är också ett attribut för hälso- och sjukvårdssystemen då det minimerar incidensen och effekterna av, och maximerar återhämtningen från negativa händelser. Patientsäkerhetsdisciplinen växte fram som en följd av vetskapen att negativa händelser och skador är utbredda inom sjukvården och att detta går att förebygga. Patientsäkerhet är ett relativt nytt fenomen inom sjukvården även om det fått allt mera fäste som en erkänd disciplin. (Emanuel et al. 2008)

I hälso- och sjukvårdslagen omnämns patientsäkerhet som ett krav som ska tillgodoses av verksamhetsenheterna. Lagen ställer också krav på att en plan ska upprättas för detta samt att också samarbetet med serviceproducenterna inom socialvården ska beaktas i denna. (Finlex 2010)

Patientsäkerheten är alltid dynamisk. Detta på grund av komplexiteten och de ständigt skiftande förutsättningar man möter inom hälso- och sjukvården. Balansen mellan kostnader för vården och nyttan av den, samt mellan önskan att undvika skada och önskan att uppnå mål är ständigt närvarande och påverkar i sin tur säkerheten. Det finns inte behandlingar som är helt fria från vare sig kostnad eller risk. I arbetet med att förbättra

patientsäkerheten måste den icke reducerbara osäkerhet som alltid förekommer i sjukvårdsmiljön accepteras. (Cook 2013)

## **5 METOD OCH MATERIAL**

Studien är en litteraturöversikt som granskat vetenskapliga artiklar och rapporter som berört uppfattningen av säkerhetskultur bland sjukskötare på intensivvårdsavdelningar eller -enheter med en kvalitativ ansats.

Forskningsprocessen inleds alltid med en litteraturgenomgång. Syftet kan vara att skapa en deskriptiv bakgrund eller beskriva kunskapsläget inom ett visst område. I en litteraturöversikt beskrivs och analyseras valda studier. Svårigheter och svagheter med översiktsartiklar kan bero på till exempel; begränsat urval av relevant forskning som stöder artikeln, ett selektivt urval av skribenten samt olika slutsatser inom samma område. Risken för felaktiga slutsatser ökar markant i litteraturstudier som saknar en kvalitetsbedömning av artiklarna som inkluderats. (Forsberg & Wengström 2008)

Valet av metod gjordes på grunderna att forskningsläget inte är helt täckande på en allmän nivå. Kvantitativa studier har genomförts på enskilda enheter och inom vissa länder, men få studier har gjorts ur ett perspektiv som sträcker sig över detta.

### **5.1 Datainsamling**

I sökandet av artiklar har databaserna Academic Search Elite, Cinahl, Medline och PubMed använts. De sökord som använts är en kombination av "intensive care", "intensive care unit", "icu", "critical care", "safety culture", "safety", "patient", "risk" och "danger". För att ytterligare avgränsa sökningarna användes sökoperatörerna "AND", "OR" och "NOT". På dessa premisser granskades totalt 16 artiklar närmare, av dessa valdes 10 artiklar ut då de bäst svarade på studiens syfte. 6 artiklar exkluderades då de inte

vid närmare granskning uppfyllde kriterierna eller svarade på studiens syfte. Endast en artikel hittades på databasen PubMed trots ett högt antal träffar. Detta beror troligen på att sökningen inte var tillräckligt specifik och ett stort antal för studien irrelevanta artiklar hittades. Se bilaga 1 för noggrannare beskrivning av sökningen och resultatet av denna. Ytterligare avgränsningar tillämpades för att säkerställa aktuella data och reliabiliteten hos artiklarna. Detta i form av att endast artiklar som publicerats mellan åren 2010-2020 inkluderades samt att endast referensgranskade artiklar inkluderades i sökningen på Academic Search Elite, Cinahl och Medline. Avgränsningen att artikeln inte specifikt skulle beröra annan verksamhetspunkt än intensivvårdsavdelning för vuxna gjordes på grund av att så tydligt resultat som möjligt skulle kunna skapas. Detta för att det kan tänkas finnas särdrag i kontexten intensivvård av barn. De artiklar som uppfyllde inklusionskriterierna granskades närmare och de studier som svarade på studiens syfte inkluderades i studien.

| Inklusionskriterier   | Exklusionskriterier   |
|---|---|
| Artikeln berör intensivvård                                     | Artikeln omfattar inte inklusionskriterierna  |
| Artikeln berör professionen sjukskötare                         | Artikeln berör specifikt annan verksamhetspunkt än intensivvårdsavdelning för vuxna |
| Artikeln behandlar säkerhetskultur eller patientsäkerhetskultur |   |
| Artikeln är publicerad mellan 2010-2020                         |   |

*Figur 1. Inklusions- och exklusionskriterier*

## 5.2 Dataanalys

Materialet som låg till grund för studien analyserades enligt metoden innehållsanalys. Det innebär att data systematiskt och stegvist klassificerades för att sedan identifiera mönster och teman. Målet med en innehållsanalys är att kunna beskriva specifika

fenomen. Det finns ett flertal olika typer av innehållsanalys. (Forsberg & Wengström 2008) Den typen av innehållsanalys som är vald för att analysera materialet i datainsamlingen i denna studie är induktiv innehållsanalys eftersom den motsvarar studiens syfte.

Vid utförandet av en induktiv innehållsanalys identifieras ett flertal relevanta och meningsbärande enheter. Utifrån detta bildas kategorier som kodas, centrala teman lyfts fram samt teorier och modeller utvecklas. På detta sett blir skribenten medveten om olika mönster, teman och kategorier. Målet med en induktiv innehållsanalys är att finna djupet i den insamlade datan och som sedan kan samordnas i någon förklaringsmodell för att nå resultat. (Forsberg & Wengström 2008)

Artiklarna lästes igenom och meningsenheter som berört säkerhetskultur och uppfattningen av denna markerades och kodades. Efter detta delades koderna upp i sex kategorier: Teamarbete och skillnader mellan professioner, ledning och arbetstillfredsställelse, kompetens, hot och hinder, allmänt uppfattad säkerhetskultur och säkerhetshöjande rekommendationer. Ett övergripande tema formulerades, *Den uppfattade säkerhetskulturens beståndsdelar*, baserades på innehållet som helhet.

## 6 LITTERATURÖVERSIKT

### **Safety Culture in Australian Intensive Care Units: Establishing a Baseline for Quality Improvement**

Studiens syfte var att skapa en grundläggande förståelse för säkerhetskulturen på intensivvårdsenheter i Australien. Studien genomfördes genom utskick av intensivvårdsversionen av enkäten SAQ på en nationell nivå, där 10 intensivvårdsenheter deltog. Både läkare och sjukskötare deltog i enkätstudien. Resultatet av studien visade att skattningen för kategorin Teamsamarbete var högt. Lägst skattade var kategorierna Uppfattning om ledning och Arbetsförhållanden. Fyra av kategorierna skattades högre av yrkesgruppen läkare än av sjukskötare. Dessa kategorier var Arbetstillfredsställelse, Teamsamarbete, Säkerhetsklimat och Arbetsförhållanden. Bland yrkesgruppen sjukskötare skattades kategorierna Arbetsförhållanden och Uppfattning om ledning högre hos de

sjukskötare som arbetade i direkt patientkontakt än hos dem med ledningsuppgifter. Mindre än hälften av alla respondenter skattade säkerhetskulturen på enheterna som god. En slutsats av studien är att undersökningar av denna typ kan ge viktig kunskap för ledningen i arbetet med att implementera arbetsmodeller för förbättrade arbetsförhållanden och säkerhetskultur på enheterna. (Chaboyer et al. 2013)

### **Intensive care unit safety culture and outcomes: a US multicenter study**

Syftet med studien var att undersöka huruvida intensivvårdsenhetens säkerhetskultur individuellt korrelerar med utfallet. Studien är en kohortstudie som kombinerat enkät-data rörande säkerhetskultur med projektet Project IMPACT Critical Care Medicine (PICCM) tillhörande databas. I studien deltog 30 intensivvårdsenheter och totalt 65 978 patienter för dataunderlaget. De huvudsakliga utfallsindikatorer man beaktat är sjukhusdödlighet och längden på vårdperioden. Enkäten som användes som underlag var intensivvårdsversionen av SAQ. Efter justering kunde man se att en minskning med 10% i kategorin Uppfattning om ledning motsvarade en oddskvot för sjukhusdödlighet på 1,24. För varje 10% minskning i kategorin Säkerhetsklimat ökade längden på vårdperioden med 15%. Slutsatsen som dras av studien är att ett visst samband mellan uppfattning av ledning samt säkerhetsklimat och utfall kunde påvisas. Studien visar också att ett behov av att utveckla metoder för att undersöka säkerhetskulturens korrelation med utfallet i vården. (Huang et al. 2010)

### **Safety culture in two metropolitan Australian tertiary hospital intensive care units: A cross-sectional survey**

Syftet med studien var att utvärdera och jämföra säkerhetskulturen på intensivvårdsavdelningarna på två högspecialiserade sjukhus i storstadsregionen i Queensland, Australien. Frågeställningarna var hur den uppfattade säkerhetskulturen såg ut på de två enheterna, vilka förbättringsområden i säkerhetskulturen finns på enheterna och slutligen om det finns skillnader i uppfattningen av säkerhetskulturen mellan olika professioner. Enkäten fylldes i av deltagarna under januari och februari 2016. Studien är en tvärsnittsstudie som baserar sig på enkäten SAQ. Enkäten delades ut till all medicinsk



och omvårdnadspersonal på två verksamhetspunkter som i studien omnämns som plats A och B. I kategorin Medvetande om stress uppvisade båda enheterna låga resultat. Den medicinska personalen uppfattade teamsamarbetet som bättre än omvårdnadspersonalen. Slutsatsen som dras av studien var att trots liknande styrning och externa strukturer kunde skillnader i säkerhetskulturen påvisas. Fyndet i sig understryker behovet av undersökningar på de enskilda enheterna för att kunna planera och anpassa verksamheten efter behoven. Alla åtgärder mot en bättre säkerhetskultur måste vara enhetsanpassade, understödda av ledningen och ha en multidisciplinär inriktning. (Dunstan & Coyer 2020)

### **Determination of the patient safety culture among nurses working at intensive care units**

Syftet med denna studie var att undersöka och fastställa patientsäkerhetskulturen hos sjukskötare som jobbar inom intensivvården. Studien är utförd på två sjukhus i Kayseri, Turkiet, och deltagarna i studien är sjukskötare som arbetar på intensivvårdsavdelningar. Datainsamlingen gjordes med hjälp av HSOPSC. Majoriteten av sjukskötarna bedömde patientsäkerheten som acceptabel. Bland de 12 kategorierna av HSOPSC gav kategorin Samarbete inom vårdenheten högst poäng. Den kategorin som fick lägst poäng var Icke-straff och skuldbeläggande kultur. Personalen upplevde alltså att deras misstag hölls dem till last. Slutsatser som drogs var att sjukskötarnas medvetenhet angående patientsäkerhet bör höjas och deras kunskap kring detta bör hållas uppdaterad med hjälp av en mer frekvent utbildning på arbetsplatsen. (Yilmas & Goris 2015)

### **Clinical Risk Assessment in Intensive Care Unit**

Målet med denna studie är att identifiera de omständigheter och tillfällen där patienter sätts i risk för skada inom intensivvården samt att kunna agera för att minska dessa risker. Studien är utförd med hjälp av en fokusgrupp, där alla gruppmedlemmar är bekanta med intensivvård. Studien är utförd i Quazvin, Iran. Resultaten analyserades från diskussionsgruppen med hjälp av Failure Mode and Effect Analysis (FMEA). Resultatet

påvisade 48 stycken kliniska fel och problemområden. Enligt studien ligger den största risken för patientens säkerhet vid respiratorvård, och specifikt att respiratorn inte alarmerar som den ska, det vill säga tekniska problem. Slutsatsen av studien var att många av de identifierade felen kan förhindras av teammedlemmarna. Studiens resultat fastställde att intensivvårdssjukskötarna var bekanta med de flesta potentiella riskerna, och därmed kunde de genast upptäcka källan till problemen. Många andra faktorer kan orsaka fel och misstag så som till exempel en patient med komplexa tillstånd och bakomliggande sjukdomar, brist på utrustning eller icke-fungerande utrustning, misstag från läkare eller annan personal samt att sjukskötarna ej förses med den övning som behövs. (Asefzadeh et al. 2013)

#### **A rapid assessment of barriers and facilitators to safety culture in an intensive care unit**

Denna studie genomfördes genom en undersökning på ett sjukhus i USA och studien rör patientsäkerheten inom intensivvården. Studiens syfte är att identifiera moment där säkerheten inom intensivvården kräver förbättring. Deltagarna i studien var personal som arbetade på en intensivvårdsavdelning för trauma-, kirurgiska- samt medicinska patienter. Deltagarna använde sig av frågeformuläret HSOPSC. Baserat på frågeformulärets resultat identifierades tre säkerhetsdomäner, vilka alltså visade på avdelningens svagheter då det kommer till patientsäkerhet. Grunden för den första kategorin var att det fanns upplevda hinder som ledde till ett undvikande att rapportera fel och misstag. Detta på grund av rädsla för konsekvenser eller trakasserier från kollegor och överordnade. Den andra kategorin var tillgänglighet till personer med auktoritet och svårigheter att dela med sig av kritik eller synpunkter till auktoriteter på avdelningen. Detta då man ofta möttes av sarkasm och därför undvek att uttrycka åsikter. Den sista kategorin berör överlämning av patienter vid skiftbyte, då dessa förknippades med avbrott och avsaknaden av en standardiserad rapporteringsmodell. Efter att frågeformuläret HSOPSC, var besvarat intervjuades intensivvårdspersonalen med hjälp av semi-strukturerade intervjuer med öppna frågor. Information samlades gällande de tre kategorier som uppstått med hjälp av frågeformuläret. I resultatet kan flera orsaker samt förslag på lösningar till

att dessa domäner presenteras. För att sammanfatta utfördes en kvalitativ studie för att identifiera barriärer för en starkare patientsäkerhetskultur inom intensivvården. Barriärerna blev identifierade och strategier gjordes lokalt för att minska dessa barriärer och att öka den upplevda patientsäkerheten på sjukhuset. (Livorsi et al. 2016)

### **Patient safety culture in the intensive care unit: cross-study**

Målsättningen med denna studie var att utvärdera uppfattningen gällande patientsäkerhetskultur inom intensivvårdsenheten för vuxna. Denna kvantitativa studie undersöker med hjälp av enkäten SAQ säkerhetskulturen som utvecklats inom intensivvården på ett offentligt universitetssjukhus. Anställda inom intensivvården deltog i studien. Resultatet påvisade några kategorier som stack ut som mest positiva i resultatet. Dessa var Medvetande om stress samt Arbetstillfredsställelse. Den kategori som främst lyftes fram som negativt bidragande till den upplevda patientsäkerheten var Uppfattning om ledningen. Resultatet visade att läkarna uppskattade en högre nivå av säkerhetsattityder i relation till vad sjukskötarna skattade. Resultatet visade på ett team med en försvagad säkerhetsattityd samt en låg uppfattning av säkerhetsattityd på grund av resultatet av ledningen, arbetsförhållanden och brister i kommunikation (Gomides et al. 2019)

### **Saudi Arabian ICU safety culture and nurses attitudes**

Syftet med denna studie var att utforska sjukskötares attityder kring säkerhetskultur inom intensivvården. Studien utfördes på sex stycken intensivvårdsenheter i Saudiarabien. I studien använde man sig av intensivvårdsversionen av SAQ. Frågeformuläret delades ut inom enheterna och 216 svar användes i studien. Resultatet visar att de största orosmomenten då det kommer till säkerhetskulturen på enheterna är relationen mellan sjukskötare och andra medlemmar i intensivvårdsteamet. Sjukskötarna betygsatte samarbete och kommunikation som bättre emellan dem internt än emellan dem och andra medlemmar i intensivvårdsteamet som till exempel läkare. Resultatet lägger en grund för vidare forskning inom säkerhetskulturen på intensivvårdsenheterna i

Saudiarabien. Resultatet visar även på att säkerhetskultur är viktigt och något som sjukhusledningen bör prioritera. (Alayed et al. 2014)

### **Toward having safe environment in critical care units: a multisite study**

Syftet med denna studie var att bedöma säkerhetskulturen inom intensivvårdsenheter i Jordanien. Som medel för data-insamling användes intensivvårdsversionen av SAQ. Svaren som samlades in är grundläggande för vidare studier gällande säkerhet inom intensivvårdsenheter i Jordanien. Resultatet av formulären visade på en del rekommendationer för att öka säkerhetskulturen inom intensivvården. Ett exempel på detta är att eftersträva ett tillräckligt antal sjukskötare per patient, god kommunikation bland personalen samt vikt på utbildning och övningar. Arbetstillfredsställelse var kategorin som skattades högst i resultatet. Den kategori som skattades lägst var Uppfattning om ledningen. (Sharour et al. 2018)

### **Patient Safety Culture in Intensive Care Units from the Perspective of Nurses: A Cross-Sectional Study**

Denna studie undersöker patientsäkerhetskultur inom intensivvården från sjukskötarens perspektiv. Att ge säker vård, förebygga skada och hälsofrämjande patientarbete är ett flertal mål med omvårdnaden och en del av grunden till denna studie. Datainsamlingen gjordes med hjälp av ett frågeformulär som besvarades av sjukskötare på intensivvårdsavdelningar på ett undervisningssjukhus i Esfahan i Iran. 367 sjukskötare deltog i studien. Frågeformuläret som användes var HSOPSC och formuläret beaktade även demografiska faktorer. Bland de tolv kategorierna av patientsäkerhetskultur påvisade resultatet av studien att sjukskötare tenderade skatta patientsäkerhetskulturen på den egna enheten högt. Kategorin som skattades högst i formuläret var Samarbete inom vårdenheten. Kategorin Lärande organisation fick även höga poäng i formuläret. De kategorierna med lägst poäng i undersökningen inkluderade Överlämningar och överföringar av patienter och information, Icke-straff och skuldbeläggande kultur, Bemanning, Öppenhet kommunikationen samt Samarbete mellan vårdenheter. Patientsäkerhetskulturen på undersökningsplatsen har områden som kräver åtgärder. Detta innebär

aktivt upprätthållande av teamarbete, upprätthållande av lämplig personal samt check-listor för överflyttningar. Olika strategier bör tas i bruk för att öka avvikelserapporteringen och uppmuntra patientsäkerhetskultur, som till exempel ett systembaserat tillvägagångssätt som skulle användas då fel och misstag sker. (Farzi et al. 2017)

## 7 ETISKA ÖVERVÄGANDEN

Studien genomförs i enlighet med god vetenskaplig praxis i studier vid Arcada. De etiska överväganden som gjorts i samband med studien innebär främst korrekt behandling av materialet som står till grund för studien. Detta innefattar en ärlig och noggrann dokumentation, presentation och hantering av eget och andra studiers resultat. Att hänvisa korrekt till material samt tydligt redogöra över hur materialet anskaffats, undersökts och behandlats. Slutligen beakta de regler som vetenskapliga metoder förutsätter. (Arcada 2020)

Det är viktigt att redan innan val av material och presentation beakta etiska aspekter. Det är av vikt att välja studier som genomgått etisk granskning eller där etiska överväganden gjorts, redovisa allt material som ingår i studien. Det är också viktigt att presentera alla resultat, både sådana som stöder och sådana talar emot hypotesen. Att bara presentera de resultat som stöder hypotesen är oetiskt. (Forsberg & Wengström 2008)

## 8 RESULTAT

Som en följd av innehållsanalysen formulerades ett centralt tema, *Den uppfattade säkerhetskulturens beståndsdelar*. Analysprocessen redovisas närmare i bilaga 2.

Sjukskötares uppfattning av säkerhetskulturen baserar sig på många faktorer. Under analysen identifierades sex kategorier: Teamarbete och skillnader mellan professioner, ledning och arbetstillfredsställelse, kompetens, hot och hinder, allmänt uppfattad säkerhetskultur och säkerhetshöjande rekommendationer.

Flera studier visade på skillnader i den uppfattade säkerhetskulturen mellan olika professioner. Sjukskötare tenderade att i flera fall skatta ett flertal faktorer inom säkerhetskultur lägre än andra yrkesgrupper. Arbetstillfredsställelse, teamarbete, säkerhetsklimat och arbetsförhållanden skattades lägre bland sjukskötare än bland läkare (Chaboyer et al. 2013). Samma fenomen förekom också i två andra studier (Gomides et al. 2019; Huang et al. 2010). Teamarbete skattades lägre av sjukskötare än av läkare i ytterligare en studie (Dunstan & Coyer 2020). Även samarbetet inom enheten skattas högt i vissa studier (Farzi et al. 2017; Yilmaz & Goris 2015). Sjukskötare tenderade skatta samarbete och kommunikation högre bland sig själva jämfört med andra yrkesgrupper på intensivvårdsavdelningen (Alayed et al. 2014).

Uppfattningen om sjukhusledningen skattades i flera studier lågt, ibland dessutom lägst av alla kategorier i enkäterna som utgjorde grunden för dessa studier (Chaboyer et al. 2013; Gomides et al. 2019). Trots detta visade två studier att arbetstillfredsställelsen var hög även om missnöje mot ledningen uttryckts (Alayed et al. 2014; Sharour et al. 2018).

Kompetenshöjande i form av utbildning i patientsäkerhet visade sig ha effekt på sjukskötares uppfattningar om faktorer som överrapportering och rapporteringsbenägenhet (Yilmaz & Goris 2015). Dessa skattades högre jämfört med sjukskötare som inte genomgått samma utbildning (Yilmaz & Goris 2015). I en annan studie visade sig sjukskötare ha en god vana och kompetens att upptäcka riskmoment i patientvården (Asefzadeh et al. 2013).

Generellt kan säkerhetskulturen bedömas vara på en medelhög nivå då man omfattar mängden positiva svar i mätningarna som gjorts i flera av studierna (Chaboyer et al. 2013; Farzi et al. 2017; Huang et al. 2010). En av studierna gjordes som en nationell kohortstudie i Förenta staterna och där såg man att variationerna i den allmänna nivån av säkerhetskultur mellan de deltagande enheterna var stor och sträckte sig från låg till medelhög (Huang et al. 2010).

Hot och hinder som visade sig förekomma i systemen och uppfattades bland sjukskötare togs upp i några av studierna. Sjukskötare var i vissa fall obekväma med att öppet tala om oro rörande patientvården (Alayed et al. 2014). Hög arbetsbelastning, stressfylld miljö och patienter i behov av avancerad vård identifierades som hot mot patientsäkerheten (Yilmaz & Goris 2015). En annan studie lyfter också hög arbetsbelastning som ett problemområde, men lyfter även en opassande sjukskötare-per-patient kvot som en faktor som har negativ effekt på säkerhetsklimatet och minskar trivseln på arbetsplatsen (Sharour et al. 2018). I en studie identifierades ett hinder för att rapportera händelsen vara rädsla för konsekvenser bland sjukskötarna. Att bli anklagad för att skvallra i kombination med en rädsla för att bli olikbehandlad och få en försämrad relation till sin chef identifierades som ett hinder för att rapportera händelser. (Livorsi et al. 2016)

I vissa av studierna hade deltagarna möjlighet att själva belysa områden där säkerhetshöjande åtgärder var nödvändiga. En standardiserad sjukskötare-per-patient kvot, kommunikation och samarbete mellan vårdpersonal och förbättrad fortbildning är förbättringsområden som lyfts av sjukskötare (Sharour et al. 2018). I en annan studie lyftes kommunikation, teamarbete, bemanning, utbildning och fysiska tillgångar som områden med förbättringspotential för patientsäkerheten (Chaboyer et al. 2013). Förbättringsåtgärder kopplade till utbildning och optimering av den kliniska vården, samt åtgärder i arbetsplaneringen för att minimera sjukskötares utmattning är viktiga för att öka patientsäkerheten (Asefzadeh et al. 2013).

## **9 KRITISK GRANSKNING**

En kritisk granskning av studien ska göras för att säkerställa kvaliteten. Granskningen av detta arbete styrs av begreppen som redogörs här. (Graneheim & Lundman 2004)

Då studien är av kvalitativ karaktär styrs granskningen av begrepp som trovärdighet, pålitlighet och överförbarhet. Trovärdigheten berör studiens fokus och hur väl data och

analysprocessen lämpar sig för frågeställningen. Denna bedöms genom att granska källornas kvalitet och relevans, valet av meningsbärande enheter i analysprocessen och hur väl kategorier och teman representerar innehållet. Trovärdighet är också en fråga om hur man bedömer förhållandet mellan kategorierna i fråga om likheter och olikheter. Pålitligheten bedöms genom att granska hur väl resultaten står sig över tid och ändringar som gjorts under analysprocessen. Överförbarheten bedöms genom att granska i vilken utsträckning studiens resultat kan användas i andra sammanhang. (Graneheim & Lundman 2004)

Valet av metod för studien resulterade i en litteraturöversikt med kvalitativ och induktiv innehållsanalys. Detta valdes på grund av att antalet studier som behandlar sjukskötares uppfattning av säkerhetskultur på intensivvårdsavdelningar ur ett större perspektiv inte finns i någon stor utsträckning. Många studier inom området är gjorda på enskilda enheter, sjukhus eller nationellt men få studerar fenomenet internationellt. Metodvalet gjordes således på grunden att skapa en överblick över fenomenet. Möjliga alternativa metoder som övervägdes men sedermera exkluderades på grund av dess tidskrävande karaktär och omfattning var enkät- eller intervjustudier.

Studien utgörs av tio artiklar vilket kan anses som ett relativt litet urval för analys vilket direkt inverkar på trovärdigheten. Artiklar inom en finländsk eller nordisk kontext hade utgjort ett värdefullt tillskott till studien och ökat dess relevans i en mera lokal och kulturell kontext. Några sådana hittades dock inte i sökningarna. Valet av sökord och databaser kan möjligen ha begränsat urvalet av artiklar. Resultatet av studien påverkas direkt av detta. Flera av de granskade artiklarna använde sig av färdiga mätinstrument och redovisade sina resultat enligt detta vilket också sannolikt påverkat studiens resultat. Många av de granskade artiklarnas resultat baserar sig på olika typer av självskattning från deltagarna. Detta påverkar trovärdigheten hos dem och således även denna studie.

För att säkerställa relevans hos artiklarna har högst tio år gamla artiklar inkluderats i studien. Artikelsökningen avgränsades till referensgranskade artiklar i de databaser detta var möjligt.



Under analysprocessen skapades ett flertal kategorier och koder. Dessa kunde vara möjliga att kategorisera på annat sätt än i denna studie. Kategoriernas storlek i fråga om innehåll varierar vilket kunde påverka pålitligheten.

Synen på säkerhetskultur kan möjligen variera mellan enheter, sjukhus och länder. Detta i kombination med allmänna kulturella skillnader, lagstiftning och hierarkiska strukturer i förhållande till profession. Kulturbegreppet skiljer sig såväl mellan som inom länder och arbetsplatser. Det är oklart i vilken grad detta påverkar resultatet och överförbarheten i studien. En svaghet med den här studien är den bredd i området som nämns ovan. Då begreppet säkerhetskultur är relativt brett och består av en mängd olika faktorer har det varit utmanande att sammanfatta svaret på frågeställningen i studien.

De etiska aspekterna har beaktats genomgående i studien. Litteraturen som är grund för studien har granskats noggrant upprepade gånger för att kunna återge innebörden och säkerställa trovärdigheten. Hänvisningen till artiklar och litteratur har gjorts med omsorg. Sökprocessen för dessa artiklar har redogjorts i både brödtexten och i bifogad tabell, likaså analysprocessen. Detta möjliggör att sökprocessen kan upprepas i samtliga databaser.

## **10 DISKUSSION**

Resultaten i studien visar att sjukskötare på intensivvårdsavdelningen uppfattar säkerhetskulturen och flera aspekter av den rätt olika. Trots detta har generella och återkommande fenomen funnits. Synen på samarbete och skillnader mellan professioner framkom tydligt i flera fall. Sjukskötare tenderade i flera fall skatta faktorer inom säkerhetskulturen lägre än läkare vid samma verksamhetspunkt.

Utbildning inom patientsäkerhet föreföll sig ha effekter på sjukskötares uppfattning av vissa aspekter inom säkerhetskulturen. Detta framkom i form av att sjukskötare som

genomgått sådan utbildning skattade säkerhetskulturen högre inom vissa aspekter än kollegor som inte genomgått samma typ av utbildning. Huruvida detta berodde på bedömningen av säkerhetskulturen i sig eller ett mera säkert arbetssätt hos de som genomgått utbildningen framkom dock inte.

Flera negativa aspekter rörande hot och hinder mot patientsäkerheten lyftes fram. I vissa fall uttryckte sjukskötare oro och rädsla över incidentrapportering och förmågan att öppet kunna tala om oro rörande patientvården. Även rädsla för konsekvenser av rapportering lyftes upp som ett problemområde och risken att bli olikbehandlad eller tappa anseende bland personalen lyftes. Hög arbetsbelastning, stressfylld miljö och otillräcklig bemanning var också områden som lyftes fram som potentiella hot mot patientsäkerheten.

Sjukskötare rekommenderar själva en rad områden med förbättringspotential i relation till säkerhetskultur och patientsäkerhet. En standardiserad sjukskötare-per-patientkvot, bemanning i allmänhet, kommunikation och samarbete mellan vårdpersonal och förbättrad fortbildning är några av de områden som belysts. Utbildning, förbättringar i den kliniska vården och fysiska tillgångar lyfts även som rekommenderade områden för säkerhetshöjande åtgärder i mål att öka patientsäkerheten.

Patientsäkerheten genomsyrar hela säkerhetskultursparadigmet. Den existerar i alla moment och lyfts ofta upp som ett mål att sträva mot eller som en orsak till varför vissa fenomen anses problematiska. Att säkerhetskultur och patientsäkerhet korrelerar är tveklöst. Därför kan antagandet att åtgärder som förbättrar säkerhetskulturen också har en positiv effekt på patientsäkerheten göras.

Ett något överraskande fenomen som upptäcktes var att sjukskötare som visade ett missnöje mot sjukhusledningen trots detta upplevde hög arbetstillfredsställelse. Vad detta beror på framkommer inte.

Sammanfattningsvis uppfattar sjukskötare på ett generellt plan ofta själva säkerhetskulturen sammantaget på en medelnivå. Det beaktat fanns även stora skillnader mellan enheter, vilket är föga förvånande då själva mätningen av säkerhetskultur är direkt kopplad till den enskilda verksamhetspunkten. Detta kan sammantaget besvara studiens frågeställning. De eventuella allmänna kulturella skillnader som eventuellt inverkar på resultaten i artiklarna som utgjort grunden för granskningen har inte varit möjliga att mäta och är därför svåra att bedöma. Det kan däremot antas att sådana skillnader finns, och att dessa i viss utsträckning påverkar flera av de faktorer som utgör säkerhetskulturen.

Studien visar i flera avseenden vikten av att utreda och mäta säkerhetskulturen ytterligare på enskilda enheter, nationellt och internationellt för att optimera och säkerställa patientsäkerheten. Fortsatta studier inom området kunde göras som faktiska mätningar av säkerhetskulturen i form av enkät- eller intervjustudier, gärna också inom Finland. Även litteraturstudier med liknande frågeställning kunde vara möjliga.

## KÄLLOR

Alameddine, M, Dainty, KN, Deber, R, & Sibbald, WJ 2009, The intensive care unit work environment: Current challenges and recommendations for the future, *Journal of critical care*, vol. 24/2009, nr. 2, s. 243–248.

Alayed, AS, Lööf, H, & Johansson, U-B 2014, Saudi Arabian ICU safety culture and nurses attitudes, *International Journal of Health Care Quality Assurance*, vol. 27/2014, nr. 7, s. 581–593.

Arcada 2020, God vetenskaplig praxis i studier vid Arcada. Tillgänglig: [https://start.arcada.fi/system/files/media/file/2019-06/god\\_vetenskaplig\\_praxis\\_i\\_studier\\_vid\\_arcada.pdf](https://start.arcada.fi/system/files/media/file/2019-06/god_vetenskaplig_praxis_i_studier_vid_arcada.pdf). Hämtad 22.4.2020.

Asefzadeh, S, Yarmohammadian, MH, Nikpey, A, & Atighechian, G 2013, Clinical Risk Assessment in Intensive Care Unit, *International Journal of Preventive Medicine*, vol. 4/2013, nr. 5, s. 592–598.

Chaboyer, W, Chamberlain, D, Hewson-Conroy, K, Grealy, B, Elderkin, T, Brittin, M, McCutcheon, C, Longbottom, P, & Thalib, L 2013, Safety Culture in Australian Intensive Care Units: Establishing a Baseline for Quality Improvement, *American Journal of Critical Care*, vol. 22/2013, nr. 2, s. 93–103.

Cook, R 2013, Systemperspektivet på säkerhet, i S Ödegård (red), *Patientsäkerhet*, s.142–147. Liber AB, Stockholm.

Dunstan, E & Coyer, F 2020, Safety culture in two metropolitan Australian tertiary hospital in-tensive care units: A cross-sectional survey, *Australian Critical Care*, vol. 33/2020, nr. 1, s. 4–11.

Emanuel, L, Berwick, D, Conway, J, Combes, J, Hatlie, M, Leape, L, Reason, J, Schyve, P, Vincent, C, & Walton, M 2008, What exactly is patient safety, i K Henriksen, JB Battles, M Keyes, & ML Grady (red), *Advances in Patient Safety: New Directions and Alternative Approaches*. Agency for Healthcare Research and Quality. Tillgänglig: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK43624/>.

Farzi, Sedigheh, Moladoost, A, Bahmrami, M, Farzi, Saba, & Etminani, R 2017, Patient Safety Culture in Intensive Care Units from the Perspective of Nurses: A Cross Sectional Study, *Iranian Journal of Nursing & Midwifery Research*, vol. 22/2017, nr. 5, s. 372–376.

Finlex 2010, *Hälsö- och sjukvårdslag*. Tillgänglig: <https://www.finlex.fi/sv/laki/ajantasa/2010/20101326#L1P8>. Hämtad: 24.4.2020

Forsberg, C & Wengström, Y 2008, *Att göra systematiska litteraturstudier - Värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning*, 2:a uppl. Natur och kultur, Stockholm.

Gomides, M, Fontes, A, Silveira, A, & Sadoyama, G 2019, Patient safety culture in the intensive care unit: cross-study, *Journal of Infection in Developing Countries*, vol. 13/2019, nr. 6, s. 496–503.

Graneheim, UH & Lundman, B 2004, Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness, *Nurse education today*, vol. 24/2004, s. 105–112.

Huang, DT, Clermont, G, Kong, L, Weissfeld, LA, Sexton, JB, Rowan, KM, & Angus, DC 2010, Intensive care unit safety culture and outcomes: a US multicenter study, *International Journal for Quality in Health Care*, vol. 22/2010, nr. 3, s. 151–161.

Huang, DT, Clermont, G, Sexton, JB, Karlo, CA, Miller, R, Weissfeld, LA, Rowan, KM, & Angus, DC 2007, Perceptions of safety culture vary across the intensive care units of a single institution, *Critical care medicine*, vol. 35/2007, nr. 1, s. 165–176.

IAEA 1991, *Safety culture*. Safety series No.75-INSAG-4. International Atomic Energy Agency, Wien.

Livorsi, D, Knobloch, MJ, Blue, LA, Swafford, K, Maze, L, Riggins, K, Hayward, T, & Safdar, N 2016, A rapid assessment of barriers and facilitators to safety culture in an intensive care unit, *International Nursing Review*, vol. 63/2016, nr. 3, s. 372–376.

Marshall, JC, Bosco, L, Adhikari, NK, Bronwen, C, Diaz, JV, Dorman, T, Fowler, RA, Meyfroidt, G, Nakagawa, S, Pelosi, P, Vincent, J-L, Vollman, K, & Zimmerman, J 2017, What is an intensive care unit? A report of the task force of the World Federation of Societies of Intensive and Critical Care Medicine, *Journal of critical care*, vol. 37 / 2017, s. 270–276.

Nieva, VF & Sorra, J 2003, Safety culture assessment: a tool for improving patient safety in healthcare organizations, *Quality & safety in health care*, vol. 12/2003, nr. 2, s. 17–23.

Rollenhagen, C 2013, Säkerhetsklimat och säkerhetskultur, i S Ödegård (red), *Patientsäkerhet*, s.352–374. Liber AB, Stockholm.

Sexton, JB, Helmreich, RL, Neilands, TB, Rowan, K, Vella, K, Boyden, J, Roberts, PR, & Thomas, EJ 2006, The Safety Attitudes Questionnaire: psychometric properties, benchmarking data, and emerging research, *BMC Health services research*, vol. 6/2006, nr. 44, s. 44–54.

SFAI 2015, *Riktlinjer för svensk intensivvård*. Svensk förening för anestesi och intensivvård, Svenska Intensivvårdssällskapet. Tillgänglig:

<https://sfai.se/riktlinje/organisatoriska-rad-och-riktlinjer/intensivvardsorganisation/riktlinjer-for-svensk-intensivvard/>. Hämtad 4.4.2020.

Sharour, LA, Suleiman, K, & Al-Ghabeesh, S 2018, Toward having safe environment in critical care units: a multisite study, *Critical Care & Shock*, vol. 21/2018, nr. 4, s. 168–173.

SHM 2017, *Statsrådets principbeslut. Patient- och klient-säkerhetsstrategi 2017–2021*. Social- och hälsovårdsministeriet, Helsingfors. Tillgänglig: <http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/handle/10024/80353>.

Socialstyrelsen 2017, *Säkerhetskultur – vad talar vi om?*, *Socialstyrelsen.se*. Tillgänglig: <https://patientsakerhet.socialstyrelsen.se/sakerhetskulturens-betydelse/sakerhetskultur-vad-talar-vi-om>. Hämtad 2.4.2020.

Sorra, J & Nieva, V 2004, *Hospital Survey on Patient Safety Culture*. Agency for Healthcare Research and Quality AHRQ, Rockville, MD.

The Health Foundation 2011, *Evidence scan: Measuring safety culture*. The Health Foundation. Tillgänglig: <https://www.health.org.uk/publications/measuring-safety-culture>. Hämtad 22.4.2020.

Törner, M, Eklöf, M, Larsman, P, & Pousette, A 2014, *Säkerhetskultur i vård och omsorg - Hinder och stöd*. University of Gothenburg, Göteborg.

Westat, R, Sorra, J, Streagle, S, Famolaro, T, Gray, L, & Behm, J 2018, *Hospital Survey on Patient Safety Culture 2.0 Users guide*. Agency for Healthcare Research and Quality AHQR, Rockville, MD.

WHO 2020, *World Health Organization, Patient safety*. Tillgänglig: <https://www.who.int/patientsafety/en/>. Hämtad 1.4.2020.

Yilmas, Z & Goris, S 2015, Determination of the patient safety culture among nurses working at intensive care units, *Pakistan Journal of Medical Sciences*, vol. 31/2015, nr. 3, s. 597–601.

## BILAGOR

### Bilaga 1, redovisning av datainsamling

| Datum    | Databas                  | Sökord  | Avgränsningar                     | Antal träffar | Valda artiklar |
|----------|--------------------------|---|-----------------------------------|---------------|----------------|
| 21.04.20 | Academic Search Complete | Intensive care AND safety culture AND nurse                             | Peer reviewed<br>Årtal: 2010-2020 | 56            | 2              |
| 21.04.20 | Medline                  | Icu AND safety culture  | Peer reviewed<br>Årtal: 2010-2020 | 60            | 1              |
| 21.04.20 | Academic Search Complete | Safety AND intensive care AND icu NOT patient safety AND danger OR risk | Peer reviewed<br>Årtal: 2010-2020 | 309           | 1              |
| 22.04.20 | Academic Search Complete | Safety culture AND icu AND intensive care AND critical care             | Peer reviewed<br>Årtal: 2010-2020 | 49            | 1              |
| 24.04.20 | Academic Search Complete | Patient safety AND safety culture AND intensive care                    | Peer reviewed<br>Årtal: 2010-2020 | 115           | 1              |
| 26.04.20 | CINAHL                   | Intensive care AND critical care AND icu AND safety                     | Peer reviewed<br>Årtal: 2010-2020 | 1175          | 1              |
| 21.04.20 | Pubmed                   | Intensive care unit AND safety culture                                  | Årtal: 2010-2020                  | 1895          | 1              |

Bilaga 2, redovisning av analys

| Meningsenhet  | Kondensering  | Kod  | Kategori                                      | Tema  |
|---|---|--|---|---|
| Four subscales, job satisfaction, team-work climate, safety climate, and working conditions, were scored significantly higher by physicians than by nurses. (Chaboyer et al. 2013)  | Sjukskötare uppfattade säkerhetskulturen som sämre än vad läkare gjorde   | Professionsrelaterade skillnader i uppfattning | Teamarbete och skillnader mellan professioner | Den uppfattade säkerhetskulturens beståndsdelar |
| The physician was strengthened to job satisfaction (77.89) and physiotherapist to job satisfaction (89.17) and teamwork climate (75.64). These professional categories had high averages, with a statistically significant difference ( $p < 0.05$ ), in relation to nurses in the overall average and in the domains teamwork climate, job satisfaction and working condition. (Gomides et al. 2019) | Sjukskötare uppfattade samarbetsklimat, arbetstillfredsställelse och arbetsförhållanden som sämre än andra professioner | Professionsrelaterade skillnader i uppfattning | Teamarbete och skillnader mellan professioner | Den uppfattade säkerhetskulturens beståndsdelar |
| In the perceptions of teamwork climate domain medical participants were found to score on average 16.6 points higher (95% CI, 16.6-17.0; Wald $\chi^2 = 10383.8$ ; $p < 0.001$ ) than nursing participants. (Dunstan & Coyer 2020)  | Sjukskötare uppfattade teamarbetet som sämre än vad läkare gjorde   | Teamarbete sämre enligt sjukskötare            | Teamarbete och skillnader mellan professioner | Den uppfattade säkerhetskulturens beståndsdelar |



|  |  |  |   |   |
|--|--|--|---|---|
| Nurses had lower safety culture scores than physicians, for all factors and significant within-ICU safety culture variation existed between personnel (Huang et al. 2010)            | Sjukskötare skattade säkerhetskultur lägre än vad läkare gjorde                                      | Säkerhetskultur sämre enligt sjukskötare | Teamarbete och skillnader mellan professioner | Den uppfattade säkerhetskulturens beståndsdelar |
| In this study, among the 12 dimensions of HSOPSC, the highest percentage of positive responses was obtained for “teamwork within units” (Yilmas & Goris 2015)                        | Sjukskötare uppfattade samarbetet inom den egna enheten som bra                                      | Gott internt samarbete                   | Teamarbete och skillnader mellan professioner | Den uppfattade säkerhetskulturens beståndsdelar |
| Nurses tended to rate collaboration and communication higher among themselves compared with other ICU team members (e.g. respiratory therapists and physicians) (Alayed et al. 2014) | Sjukskötare skattar eget samarbete och kommunikation högre än andra                                  | Gott samarbete inom professionen         | Teamarbete och skillnader mellan professioner | Den uppfattade säkerhetskulturens beståndsdelar |
| According to the results, the level of safety culture in “teamwork within units” and “Organizational learning -continuous improvement” dimensions was high. (Farzi et al. 2017)      | Nivån av säkerhetskultur skattas högt inom kategorin samarbete inom enheten och lärande organisation | Gott internt samarbete och lärande       | Teamarbete och skillnader mellan professioner | Den uppfattade säkerhetskulturens beståndsdelar |
| The subscale hospital management consistently received the lowest score, indicating that respondents were least positive toward managerial action at                                 | Uppfattningen om sjukhusledningen fick genomgående lägst poäng                                       | Missnöje med ledningen                   | Ledning och arbetstillfredsställelse          | Den uppfattade säkerhetskulturens               |

|  |   |   |                                      |   |
|--|---|---|--------------------------------------|---|
| the level of hospital administration (Chaboyer et al. 2013)  |   |   |                                      | beståndsdelar                                   |
| This study showed that the perception of hospital management obtained a very low average (42.69) (Gomides et al. 2019)   | Uppfattningen om ledningen skattades generellt lågt   | Missnöje med ledningen                              | Ledning och arbetstillfredsställelse | Den uppfattade säkerhetskulturens beståndsdelar |
| The highest mean per cent positive score was 87.2 for the job satisfaction subdomain, and lowest mean per cent positive score was 77.4 towards management perceptions (Sharour et al. 2018)  | Arbetstillfredsställelsen skattades högst, och uppfattning av ledning lägst   | Tillfredställande arbete trots missnöje med ledning | Ledning och arbetstillfredsställelse | Den uppfattade säkerhetskulturens beståndsdelar |
| The job satisfaction sub-domain had the highest score (86.1). Most nurses were content with their job, which is comparable France et al. (2010) and Raftopoulos and Pavlakis (2013). Nurses' management perceptions received the lowest mean score and the overall lowest positive attitudes for the six sub-domains. (Alayed et al. 2014) | Arbetstillfredsställelsen skattades högt och majoriteten var nöjda med sitt arbete. Deras uppfattning om ledningen skattades däremot lägst. | Tillfredställande arbete trots missnöje med ledning | Ledning och arbetstillfredsställelse | Den uppfattade säkerhetskulturens beståndsdelar |
| Nurse leaders did rate perceptions of hospital management lower (less positively) than did bedside nurses. (Chaboyer et al. 2013)  | Sjukskötare i ledningsposition uppfattade sjukskötarsledningen som sämre.   | Uppfattning om ledningen                            | Ledning och arbetstillfredsställelse | Den uppfattade säkerhetskulturens               |

|  |   |                                 |                                   |   |
|--|---|---------------------------------|-----------------------------------|---|
|  |   |                                 |                                   | beståndsdelar                                   |
| As a whole, it was determined that most of potential errors had low discovery number showing that the ICU nurses were familiar with potential errors of cares and would discover their causes immediately. (Asefzadeh et al. 2013)   | Risksituationer hade stor sannolikhet att upptäckas. Sjukskötare ansågs vana att identifiera risker och åtgärda orsaker snabbt  | Riskupptäckande och kunskande   | Kompetens                         | Den uppfattade säkerhetskulturens beståndsdelar |
| The results of this study revealed that 69.6% of the nurses stated that they received patient safety training as part of their in-service training programs. The percentage of the positive responses given by the nurses, who received in service training for the dimensions "handoffs and transitions" and "frequency of events reported", was found to be higher than percentage of those who did not receive any training on patient safety (Yilmas & Goris 2015) | De flesta sjukskötare hade fått utbildning i patientsäkerhet. Bland dessa skattades överrapportering och rapporteringsbenägenhet högre än kollegor som inte fått samma utbildning | Positiva effekter av utbildning | Kompetens                         | Den uppfattade säkerhetskulturens beståndsdelar |
| Importantly, overall, the proportion of respondents who rated the various subscales positively (ie, scores $\geq 75$ ) was less than 50%. (Chaboyer et al. 2013)   | Sammantaget var andelen positiva skattningar under 50%  | Medelhög säkerhetskultur        | Allmänt uppfattad säkerhetskultur | Den uppfattade säkerhetskulturens beståndsdelar |

|  |   |                                   |                                   |   |
|--|---|-----------------------------------|-----------------------------------|---|
| Safety culture factor scores were mostly low to moderate, and varied widely across ICUs (range: 13–88, percentage of positive scores; Fig. 1). (Huang et al. 2010)   | Säkerhetskulturen var generellt medelhög. Stora variationer fanns mellan enheterna.   | Låg till medelhög säkerhetskultur | Allmänt uppfattad säkerhetskultur | Den uppfattade säkerhetskulturens beståndsdelar |
| Overall, the mean positive response for the 12 patient safety culture dimensions was 57.7%, which indicated that the level of safety culture was medium. (Farzi et al. 2017)   | Sammantaget var säkerhetskulturen medelhög  | Medelhög säkerhetskultur          | Allmänt uppfattad säkerhetskultur | Den uppfattade säkerhetskulturens beståndsdelar |
| The largest barrier to reporting errors was fear of repercussions. Nurses expressed concerns about being 'shot down' by physicians for having made a mistake or being seen as a 'stickler' or a 'tattle-tale' for reporting on a colleague. According to one speech therapist, the thought of submitting an incident report was 'scary', because the report would be a permanent record of the event. This fear stemmed, in part, from a perception that managers 'don't treat all staff members the same' or the acknowledgement that the staff members 'do not already have a great relationship' with their supervisor. (Livorsi et al. 2016) | Hinder för att rapportera negativa händelser är rädsla för konsekvenser. Rädsla för att bli skuldbelagd eller anklagad för att skvallra, samt rädsla för att bli olikbehandlad och få en försämrad relation med sin chef. | Rädsla och oro som hinder         | Hot och hinder                    | Den uppfattade säkerhetskulturens beståndsdelar |

|   |   |   |                                   |   |
|---|---|---|-----------------------------------|---|
| We found that nurses were uncomfortable speaking openly about their concerns if they perceived a problem with patient care (Alayed et al. 2014)   | Sjukskötare är obekväma med att öppet ta upp oro rörande patientvård  | Utebliven rapportering                    | Hot och hinder                    | Den uppfattade säkerhetskulturens beståndsdelar |
| The nurses were found to attribute the incidents of potential threat to patient safety due to the following reasons: heavy workload (55.8%), working in a stressful atmosphere (22.3%), and dealing with patients who are in need of specialized, complicated care (21.9%) (Table-I). (Yilmaz & Goris 2015) | Hög arbetsbelastning, arbete i en stressfylld miljö och hantering av patienter i behov av krävande vård som hot mot patientsäkerheten       | Potentiella hot                           | Hot och hinder                    | Den uppfattade säkerhetskulturens beståndsdelar |
| In the current study, the ICU nurses highlighted that workload and inappropriate ratio between nurse and patient had negative impact on the safety climate and might lead to decrease their job satisfaction and mistakes existence. (Sharour et al. 2018)  | Hög arbetsbelastning och sjukskötare-per-patient kvot har negativ effekt på säkerhetsklimatet och minskar trivsel och uppkomsten av misstag | Försämrad trivsel och säkerhetsklimat     | Hot och hinder                    | Den uppfattade säkerhetskulturens beståndsdelar |
| Recommendations were highlighted by the Jordanian nurses in order to improve the safety culture in the ICUs including standard nurse-patients ratio, good communication and collaboration between health professionals, enhance continuing education and training (Sharour et al. 2018)                     | Standardiserad sjukskötare-per-patient kvot, kommunikation och samarbete samt förbättrad fortbildning rekommenderas av sjukskötare          | Rekommendationer för ökad patientsäkerhet | Säkerhetshöjande rekommendationer | Den uppfattade säkerhetskulturens beståndsdelar |

|   |   |  |                                   |   |
|---|---|--|-----------------------------------|---|
| The most frequently mentioned recommendations to improve patient safety were related to communication and teamwork, staffing, education and training, and physical resources. (Chaboyer et al. 2013)  | Rekommendationer för bättre patientsäkerhet var kopplade till kommunikation, teamarbete, bemanning, utbildning och fysiska resurser         | Rekommendationer för ökad säkerhetskultur          | Säkerhetshöjande rekommendationer | Den uppfattade säkerhetskulturens beståndsdelar |
| Totally, our results showed that actions related to training and improving clinical cares and also proper shift scheduling to minimize nurses' fatigue are very important factors to reduce potential risks, therefore proper planning for these factors will have significant effects on clinical risk management and improvement of patient safety. (Asefzadeh et al. 2013) | Utbildning, förbättring av den kliniska vården och ordentlig skiftsplanering och planering för att minimera trötthet ökar patientsäkerheten | Optimering av utbildning, vård och arbetsplanering | Säkerhetshöjande rekommendationer | Den uppfattade säkerhetskulturens beståndsdelar |